

Verbale Riunione Task force Cateteri 12.03.26
(inizio ore 16.00 circa, conclusione ore 17.30 circa)

Presenti del Direttivo Sin Lazio:

Presidente: Camilla Gizzi

Vicepresidente: Cinzia Auriti

Consiglieri: Gianluigi Laccetta, Paola Marenzoni, Sara Palatta

Presenti della Task force creata:

Dott. Vito D'Andrea e medici ed infermieri di ogni TIN del Lazio

Introduzione della Presidente SIN Lazio, Dott.ssa Camilla Gizzi sulla finalità della riunione e della Dott.ssa Auriti sulla direzione del Progetto.

Il Dott. Vito D'Andrea mostra le slides relative ad alcuni dati in particolare, emersi dalla survey effettuata nelle TIN del Lazio:

Vengono utilizzate le metodiche di **tip navigation e tip location in real time (ecografia/ECG endocavitario)** al fine di ridurre il rischio di malposizione primarie e le successive manipolazioni dei cateteri?

- a) Sì, per tutti gli accessi vascolari
- b) Sì, ma solo per il CVO
- c) No

No nel 45% dei casi

Come vengono **stabilizzati** i cateteri venosi ombelicali?

- a) Colla in cianoacrilato, punti di sutura e membrana semipermeabile trasparente
- b) Colla in cianoacrilato e membrana semipermeabile trasparente
- c) Punti di sutura, colla in cianoacrilato e garza
- d) Punti di sutura e garza
- e) Cerotti/steri-strip
- f) Non esiste una metodica di stabilizzazione adottata da tutti gli operatori
- g) Altro (specificare)

Punti di sutura e garze nel 18% dei centri e altro nel 27% dei centri

Come vengono **stabilizzati** i cateteri epicutaneo cavali?

- a) Colla in cianoacrilato, sistema sutureless e membrana semipermeabile trasparente
- b) Colla in cianoacrilato e membrana semipermeabile trasparente
- c) Sterilstrip e membrana semipermeabile trasparente
- d) Non esiste una metodica di stabilizzazione adottata da tutti gli operatori
- e) Altro (specificare)

Steri strip e membrana semipermeabile trasparente nel 27% dei casi e altro nel 9%

La **medicazione** dei cateteri epicutaneo cavali viene sostituita?

- a) Dopo 24 ore in quanto usiamo la medicazione provvisoria
- b) Routinariamente ogni 7 giorni
- c) Solo quando staccata, sporca o in presenza di sanguinamento

Rutinariamente ogni 7 giorni nel 36%

Considerate nella scelta della medicazione la traspirabilità $> 1500 \text{ g/m}^2/24\text{h}$ della membrana semipermeabile trasparente

- a) sì
- b) no
- c) Non lo conosco

No nel 27% dei casi e non lo conosco nel 18% dei casi

Nella gestione della linea infusionale vengono sempre utilizzati i **port protectors**?

- a) Sì
- b) No

Nella gestione della linea infusionale vengono sempre utilizzati i **needle free connector**?

- a) Sì
- b) No

No nel 27% dei casi

Nella gestione della linea infusionale vengono utilizzati

- a) Rubinetti
- b) rampe pre-assemblate
- c) octopus
- d) nessuno dei tre

Rubinetti nel 56%

Nella gestione della linea infusionale vengono utilizzati rubinetti/rampe/octopus che hanno needle-free connector pre-assemblati?

- a) Sì
- b) No
- c) Solo le rampe hanno NFC assemblati
- d) Solo gli octopus hanno NFC assemblati

Sì nel 45% e no nel 36%

Utilizzate di routine **siringhe preriempite** per il lavaggio delle line infusionali?

- a) Sì
- b) No

No nel 72% dei casi a

Esistono nel tuo reparto/azienda programmi periodici di **training e retraining** del personale relativamente agli accessi vascolari?

- a) Sì
- b) No

No nel 45% dei casi,

Nella tua UO le sacche di **Nutrizione Parenterale**:

- a) vengono preparate dalla farmacia e NON vengono mai integrate in reparto

b) vengono preparate dalla farmacia e A VOLTE vengono integrate (vitamine/Lipidi) in reparto

c) Vengono preparate in reparto

d) utilizziamo prevalentemente sacche pronte

Nel 27% dei casi manipolazioni quindi argomento aperto

Viene utilizzata una **profilassi antibiotica** per la prevenzione delle infezioni associate/correlate a catetere?

a) Mai

b) Si per tutti i cateteri venosi centrali

c) Si, ma solo per il CVO

d) Viene somministrata una profilassi antibiotica al momento della rimozione del catetere venoso centrale

Si nel 27% dei casi

Esiste un **team accessi vascolare** all'interno della tua UO?

a) Si

b) No

c) No, ma esistono dei referenti medici/infermieristici

Si solo nel 36% dei casi

Nella tua UO è stato attivato un **database** per il registro delle infezioni associate/correlate a catetere?

a) Si

b) No

c) Si, ma solo per i VLBW

No nel 45% dei casi

Il Dott. D'Andrea sottolinea:

- Prediligere tecniche di localizzazione in tempo reale per garantire posizionamenti centrali quando clinicamente appropriato.

-E' necessario standardizzare materiali e procedure dove possibile (4-5 capisaldi per medicazioni/securement). Considerare esigenze cutanee dei neonati ex pretermine nella scelta delle membrane. Preferire l'impiego di connettori "octopus" rispetto ai rubinetti per gli accessi pediatrici: i rubinetti presentano angoli morti che rendono la disinfezione incompleta. Puntare su pochi presidi chiave per facilitare approvazione e approvvigionamento a livello regionale.

- Non è indicata la profilassi antibiotica in modo routinario per i cateteri, con particolare attenzione ai neonati e ai cateteri venosi ombelicali; la raccomandazione è di privilegiare inserimento in condizioni sterili/asettiche/chirurgiche piuttosto che ricorrere alla profilassi.

Decisioni principali:

1) Lavorare sulle 4-5 aree di intervento selezionate, emerse dal questionario: **visualizzazione posizione punta catetere, medicazioni -membrane semipermeabili di qualità /securement dell'exit site, uso sistematico di needle-free connector e port protector.**

Si potranno organizzare :

-due sessioni teoriche online (2 x2 ore, registrabili) su impianto cateteri e su gestione linee infusionali, registrate, così da poterle rivedere nei singoli centri e

-giornate pratiche "in presenza" per tip location e training ecografico

L'idea è di creare un mutuo soccorso intercentri: promuovere osservazioni e scambi pratici tra team più e meno esperti

La registrazione del webinar dell'11.03.26 "*Accessi venosi centrali: prevenzione delle infezioni e buon uso degli antibiotici*" verrà condivisa con tutto il gruppo di lavoro, appena disponibile.

2) Approccio valutativo dei dati delle TIN: periodo di osservazione iniziale (baseline) → attuazione interventi → verifica comparativa pre/post.

Avviare immediatamente la **raccolta dati con l'Excel** già predisposto (definire chi compila, frequenza e responsabilità per ciascun centro). Al momento solo 5 centri hanno un database.

- Registro/database condiviso: adottare uno zoccolo minimo Excel (colonne obbligatorie) come punto di partenza.

Vito D'Andrea condividerà la griglia esistente per commenti e adattamenti; dopo raccolta commenti fisseremo un giorno X per l'inizio dell'immissione dati.

Indicatori proposti dal Dott. D'Andrea per monitoraggio:

- Incidenza di CLABSI (con confronto periodico, es. 6 mesi/anno).

- Numero di cateteri, giorni di permanenza, motivi di rimozione.

- Risultati microbiologici (emoculture, coltura punta) e complicanze (trombosi, occlusione).

3) Revisione della letteratura per sostenere le raccomandazioni e preparare un breve dossier da condividere con le direzioni sanitarie e le farmacie ospedaliere.

Revisione bibliografica: gruppi dedicati sintetizzeranno evidenze su temi prioritari (profilassi antibiotica, medicazioni trasparenti e loro tempi, needle-free connector, preparazione sacche parenterali).

La Dott.ssa Cinzia Auriti riferisce, inoltre, sull'incontro avvenuto il 25.02.26 (alla riunione hanno partecipato anche i dottori Gizzi, D'Andrea e Palatta) con la Dott.ssa R. Saulle che lavora al Dipartimento di Epidemiologia, Regione (Lazio) su quanto sia possibile fare con la sua collaborazione :

- La Regione può fornire raccomandazioni regionali e servizi (es. ricerca sistematica con metodo GRADE) a pagamento, ma non linee guida nazionali ufficiali.

- Collaborazione con SIN e SIN Lazio per diffusione e possibile ufficializzazione (pubblicazioni, contributi informativi).

- Prossimi passi:

-Costituire team su (1) database, (2) formazione, (3) revisione letteratura; distribuire compiti tra i partecipanti.

Verbale redatto dalla Dott.ssa Sara Palatta